

La psychose naissante selon Henri Grivois

Said Chebili

Psychiatre, praticien hospitalier,
Centre hospitalier d'Orsay,
Domaine du Grand-Mesnil,
2, rue du Général-de-Gaulle,
91140 Bures-sur-Yvette, France

Rubrique coordonnée
par Eduardo Mahieu

Résumé. Dans le débat actuel sur le premier épisode psychotique, ce que l'on appelle les psychoses émergentes, il nous paraît pertinent d'évoquer la notion de « psychose naissante » qui semble actuellement tombée dans l'oubli. Henri Grivois a décrit ce concept dans les années 90 et a proposé plusieurs versions de sa théorisation que nous décrivons. Dans une première approche, Grivois se place dans une perspective phénoménologique. Il décrit l'expérience vécue du malade dans laquelle ce dernier est en proie au « concernement » et à la centralité. Le concernement, néologisme emprunté au travail de Jean Starobinski sur Rousseau, constitue le symptôme initial. Même si chacun de nous peut y être confronté peu ou prou, dans la psychose naissante il s'emballe et devient centralité avec polarisation du monde autour du sujet. « Le carburant de la psychose c'est les autres ». À ce stade, Grivois exclut tout déterminisme : génétique, moléculaire ou psychanalytique, même s'il concède, fidèle à l'abord phénoménologique, qu'il existe dans tous les cas une rupture amoureuse ou des situations de perte brutale d'identité. Sous l'influence des philosophies de l'esprit, Grivois adopte pour un temps un modèle cognitiviste, puis il revient à une conception plus classique dans laquelle la psychose naissante serait le premier épisode psychotique. La psychose naissante servirait ainsi d'une part, de tronc commun aux différentes psychoses et d'autre part, se trouve régie par le modèle vulnérabilité-stress. Ce modèle fait intervenir des facteurs génétiques mais qui restent inopérants sans l'association avec des facteurs individuels et environnementaux pour que la psychose apparaisse.

Grivois fait aussi un rapprochement entre la psychose naissante et la schizophrénie débutante.

Il est important de reconnaître les premiers signes d'apparition de la psychose afin de débiter un traitement le plus précocement possible. On sait que la durée de psychose non-traitée est un facteur important à prendre en compte.

Mots clés : premier épisode psychotique, concept, Henri Grivois, facteur de risque, vulnérabilité, psychose émergente

Abstract. Nascent psychosis according to Henri Grivois. In the current debate surrounding the concept of first psychotic episode, or emergent psychosis, it seems relevant to review the notion of "nascent psychosis," which has apparently been forgotten. Henri Grivois described this concept in the 1990s and offered several versions of his theory, which we will describe. In his first approach, Grivois adopts a phenomenological perspective. He describes the lived experience of the patient, who is a victim of "concernment" and centrality. Concernment, a neologism borrowed from work done by Jean Starobinski on Rousseau, is the initial symptom. Even though each of us may have to deal with this to some degree, in nascent psychosis it gets out of control and becomes centrality with the polarization of the world around the subject. "The fuel of psychosis is other people." At this stage, Grivois excludes any form of determinism: genetic, molecular, or psychoanalytical, even though he does concede, in line with his phenomenological approach, that in all cases there is a broken relationship or situations involving the abrupt loss of identity. Influenced by philosophies of mind, Grivois then adopts a cognitive model for a period of time but returns to a more traditional view according to which nascent psychosis is claimed to be the first psychotic episode. Nascent psychosis could thus, on the one hand, serve as a common thread to various psychoses and, on the other, is regulated by the vulnerability-stress model. This model involves genetic factors, but they remain inoperative if they are not associated with individual and environmental factors for the psychosis to appear.

Grivois also connects nascent psychosis with the onset of schizophrenia.

It is important to recognize the first signs of psychosis in order to begin treatment as early as possible. We know that the length of time psychosis goes untreated is an important factor to consider.

Keywords: first psychotic episode, concept, Henri Grivois, risk factor, vulnerability, emergent psychosis

Resumen. La psicosis incipiente según Henri Grivois. Henri Grivois ha descrito este concepto en los años 90 y propuesto varias versiones de su teorización que vamos a describir. En un primer enfoque, Grivois se sitúa en una perspectiva fenomenológica. Describe la experiencia vivida por el enfermo en la que el último está preso del "concernimiento" y a la centralidad. El concernimiento, neologismo tomado prestado del trabajo de Jean Starobinski sobre Rousseau, constituye el

Correspondance : S. Chebili
<said.chebili@sfr.fr>

síntoma inicial. Aunque cada uno de nosotros puede estar enfrentado más o menos con él, en la psicosis incipiente se dispara y se convierte en centralidad con polarización del mundo entorno al sujeto. “El carburante de la psicosis, son los demás seis”. A estas alturas, Grivois excluye cualquier determinismo: genética, molecular o psicoanalítica, aunque conceda, fiel al enfoque fenomenológico, que existe en todos los casos una ruptura amorosa o situaciones de pérdida brutal de identidad. Bajo la influencia de las filosofías del espíritu, Grivois adopta para cierto tiempo un modelo cognitivista, y luego vuelve a una concepción más clásica en la que la psicosis incipiente sería el primer episodio psicótico. Psicosis incipiente serviría así por una parte de tronco común a las diferentes psicosis y por otra parte, se encuentra regida por el modelo vulnerabilidad-estrés. Este modelo hace intervenir factores genéticos pero que se mantienen en la inoperancia sin la asociación con unos factores individuales y ambientales para que aparezca la psicosis.

Grivois también procede a un acercamiento entre la psicosis incipiente y la esquizofrenia incipiente. Es importante reconocer las primeras señales de aparición de la psicosis con el fin de iniciar un tratamiento lo más precoz posible. Se sabe que la duración de la psicosis sin tratar es un factor importante a tomar en cuenta.

Palabras claves: primer episodio psicótico, concepto, Henri Grivois, factor de riesgo, vulnerabilidad, psicosis emergente

Introduction

On s'accorde assez généralement à penser qu'il faut traiter la psychose le plus tôt possible. Mais cette simple constatation soulève de nombreuses questions. En effet, il faut d'une part, s'accorder sur ce qu'il convient de traiter et d'autre part, déterminer à partir de quelle configuration syndromique instaurer une thérapie. À l'énoncé de ces deux interrogations et au vu de leur complexité, la réponse réside dans la plurivocité des termes employés pour caractériser ce moment initial : pré-psychose, premier épisode psychotique, schizophrénie débutante, phase prodromique et enfin psychose émergente. Cette liste, à l'évidence, traduit l'embarras du clinicien toujours soucieux d'intervenir dès les premières manifestations cliniques. Ainsi, afin d'enrichir la discussion, il ne nous paraît pas superflu d'évoquer le concept de psychose naissante, proposé par Henri Grivois, bien qu'il soit injustement tombé en désuétude et quasiment absent des références bibliographiques, pourtant nombreuses sur le sujet. Aborder ce thème n'est pas uniquement faire un travail d'érudition ou de rappel historique, mais aussi mettre en évidence sa pertinence dans le cadre de la très riche et très actuelle discussion à propos du traitement précoce des premiers symptômes de psychose. Même si le syntagme de psychose émergente semble s'imposer, il ne nous a pas paru inutile de revenir sur la clinique de la psychose naissante, ne serait-ce que pour corriger les inexactitudes que l'on peut lire à son propos, notamment dans l'éditorial du numéro de *L'Information psychiatrique* de mai 2009 [1], lequel, à l'encontre des positions de Grivois, affirme l'évolution inéluctable de la psychose naissante vers une psychose avérée. Il faut mentionner aussi qu'un certain nombre d'auteurs s'attachent à saisir au plus près les premiers signes de la psychose au point de se livrer à une description exhaustive de phases symptomatiques pas toujours pertinentes, comme celle des symptômes positifs atténués [2].

Pour ce faire, nous évoquerons en premier lieu les contours séméiologiques de la psychose naissante. Puis nous dégagerons les diverses facettes à partir desquelles Grivois a caractérisé la psychose naissante. Enfin, nous discuterons de la pertinence du modèle stress-vulnérabilité, élevé en paradigme étiologique du déclenchement de la psychose. Notons enfin que la théorie de Grivois n'est pas figée, elle a évolué pendant une vingtaine d'années. Nous en suivrons les principales étapes.

La modélisation des années 1990

Grivois a pu se targuer de connaissances précises sur la psychose naissante de par sa position d'observateur privilégié des premières décompensations. En effet, il était l'un des premiers psychiatres à avoir créé, à la fin des années soixante, un service de psychiatrie au cœur d'un grand hôpital parisien, l'Hôtel-Dieu. Son activité se limitait d'abord à un accueil des malades au sein des urgences sans lieu dédié, comme il a pu le raconter dans son livre sur les urgences [3] et dans son ouvrage autobiographique [4]. Par la suite, on lui a confié la responsabilité d'une salle d'hospitalisation de dix-sept lits, réservée aux patients souffrant de pathologies psychiatriques.

À l'Hôtel-Dieu, il a pu recevoir des patients qui présentaient leur première décompensation et qui étaient conduits auprès du psychiatre par les pompiers ou les forces de l'ordre. Ceux-ci étaient majoritairement des adolescents dans la tranche d'âge allant de 15 à 25 ans. Cette période, est un « véritable tronç commun de la psychose » ([5], p. 852).

Un premier contact était établi aux urgences, puis les entretiens se poursuivaient dans l'unité de psychiatrie installée dans ce CHU. Cela a permis à Grivois de multiplier les entretiens à plusieurs reprises dans la journée. Il constate, lors des premiers entretiens descriptifs de la

psychose naissante, une impression de déjà vu, puis une clinique instable chez un sujet qui n'est pas confus, mais dont les troubles de la concentration altèrent la clarté du discours. Plutôt que de proclamer, sans autre forme de procès, l'incohérence du discours, il convient d'établir un lien avec le patient, effort auquel s'astreint Grivois et qui lui permet de mettre en évidence un invariant clinique. Il l'appelle le « concernement », néologisme qu'il reprend à Starobinski [6] qui l'a créé lors de son analyse des textes autobiographiques de Rousseau. Le concernement est un mécanisme universel mais exacerbé dans la psychose naissante. Sous la plume de Grivois, nous lisons que le concernement est ce « sentiment qui naît parfois au milieu d'une foule ou seulement au milieu de quelques personnes : tout le monde alors semble vous considérer, vous êtes en quelque sorte le centre de l'intérêt et bientôt le centre des intentions d'une foule d'inconnus ou d'un petit groupe. Ce concernement commence de façon très discrète et sous forme interrogative, il s'étend, il devient de plus en plus intense. Il touche l'individu et l'accompagne n'importe où, dans la rue, dans les transports en commun et ne l'abandonne plus, même dans la solitude. Au point qu'un jour s'installe pour lui la conviction qu'il n'est indifférent à personne. Le sujet, vivant cela en toutes circonstances, est pris dans ce bain avant même de le penser clairement » ([7], p. 10). Cette description d'inspiration phénoménologique relate l'expérience vécue du psychotique naissant. Dès lors que l'intentionnalité y est manifeste, le concernement s'amplifie, s'emballe et fait entrer le sujet dans la centralité. Grivois retrouve cette expérience chez tous les patients qu'il a pu rencontrer à l'Hôtel-Dieu de Paris et qui les place au centre du monde. La centralité comprend une matrice clinique fondamentale avec « le mutisme, l'incapacité de raconter l'expérience, l'imprévisibilité, l'abandon de toute recherche d'aide auprès de qui que ce soit, le sentiment d'un mouvement inexorable et universel des hommes, le sentiment de jouer un rôle majeur, l'instabilité émotionnelle » ([8], p. 13-14). Dès lors que cette expérience du concernement s'est emballée, le patient entre dans la centralité, et c'est le « moment où le patient atteint un niveau de certitude et de croyance absolues qui, sur le plan clinique, se traduit entre autre, par une irréversibilité de cette croyance [. . .]. L'épisode central, c'est toute la période pendant laquelle le patient va rester dans cette certitude absolue et irréversible d'être au centre de tout, période pendant laquelle il interprète cette situation et fait sur elle des hypothèses à tour de bras » ([7], p. 37-38). Grivois dit de cette structure qu'elle est instable et il insiste sur le fait qu'elle peut être réversible et ne pas aboutir à l'éclosion d'un délire constituant la psychose proprement dite. La centralité possède trois points saillants significatifs de la psychose naissante : « sentiment d'être au centre de la totalité des autres (unanimité) ; surprise et étonnement d'occuper seul cette place (singularité) ; incapacité de donner une signification à cette situation (arbitraire) » ([5], p. 854). Avec

ce mécanisme de la centralité, ou polarisation centrale comme l'appelle encore Grivois, le sujet est au centre de multiples relations interindividuelles. Il est connecté, assailli par tous les sujets qui l'entourent et tissent un réseau serré dans les rets duquel il se sent piégé. Plutôt en proie à une expectative douloureuse, il se croit investi d'une mission, se débat et échafaude des hypothèses et des scénarios fluctuants, où il est l'acteur principal. Cette situation, où l'affectif se mêle au cognitif, dans laquelle autrui est omniprésent, emporte le sujet comme dans un maelström. Grivois montre que « l'envahissement psychotique est parfois d'une force insoupçonnée, il tient cela de la centralité, le carburant de la psychose c'est les autres » ([7], p. 48).

La psychose naissante devient le premier épisode psychotique

À la fin des années 90, Grivois identifie la psychose naissante au premier épisode psychotique. Ce rattachement au modèle psychiatrique dominant fait perdre de sa spécificité au point de vue de Grivois. Malgré cela, ce dernier se refuse à considérer chaque symptôme isolément, donnant la préférence à une analyse syndromique. De plus, il opte pour une évaluation clinique régulière, préférable à une position définitive. En effet, il veut absolument se départir de l'appréciation de la psychose en termes d'évolution, dont on soulignait toujours l'issue péjorative. Grivois en reste à ses fondamentaux cliniques, notamment le concernement. Il précise qu'il est commun à tous les hommes et ne devient caractéristique de la psychose que lorsqu'il s'emballe et s'amplifie pour devenir envahissant et permanent. Au maximum, le concernement devient centralité. Grivois peut alors envisager un schéma diachronique du premier épisode psychotique en quatre phases. Premièrement, un état initial qui passe inaperçu. Deuxièmement, une phase prodromique avec altération des relations de coordination interindividuelle avec modification du concernement. « Il faut signaler en tout premier lieu les gestes automatiques dont l'origine indéfinissable plonge le patient dans la perplexité mais qui participent à établir une relation généralisée d'indifférenciation subjective entre lui et les personnes présentes autour de lui » ([9], p. 141). C'est le moment de la généralisation du concernement.

À propos de la troisième phase, Grivois avance que dans le premier épisode psychotique ou dans la psychose naissante, le patient joue un rôle essentiel dans le monde autour de lui. Il ajoute un caractère essentiel de la centralité, à savoir l'oscillation de la symptomatologie avec sentiment de divination, d'anéantissement, hallucinations verbales et interprétations.

Enfin, dans une quatrième phase le délire se manifeste, signifiant alors l'entrée dans la psychose avérée.

Il n'est pas superflu de souligner que ces différentes phases peuvent se chevaucher.

De l'indifférenciation subjective au mimétisme

Dans les années 2000, Grivois a envisagé une autre approche en revenant à des invariants qu'il a remaniés. Cependant, il a été tenté par le modèle cognitiviste, notamment à travers sa collaboration avec Joëlle Proust et Marc Jeannerod. Pierre-Henri Castel, dans un article disponible sur le Web, a même forgé une « hypothèse Grivois-Proust-Jeannerod », en reprenant à chacun des éléments de leurs travaux, censés satisfaire les critères rigoureux d'une approche cognitive de la psychose. Son approche nous semble d'une part hétéroclite et d'autre part éloignée d'une clinique pertinente. Il note que Grivois a été un pionnier en matière de psychologie cognitive des psychoses. Cependant, Grivois n'a pas persévéré dans cette voie, privilégiant les travaux de René Girard sur le mimétisme pour féconder sa pensée. Dans son dernier ouvrage, *Parler avec les fous* (2007), Grivois met au centre de son intérêt l'épisode initial qui n'a « jamais été clairement séparé des rechutes et les termes de "bouffée délirante aiguë", "épisode psychotique", "trouble schizophrénique" sont rarement les débuts d'une psychose » ([10], p. 24). Il en revient à une autonomisation de la psychose naissante pour laquelle il fait « l'hypothèse d'un dérèglement, d'un emballement d'une fonction interindividuelle » ([10], p. 15), fonction interindividuelle d'habitude muette, allant de soi, qui s'exerce entre êtres humains de manière congruente. Ce sont les autres hommes qui envahissent le psychotique naissant. Dès lors, la fonction interindividuelle stabilise la réciprocité intersubjective et toutes nos relations, mais elle se dérègle dans la psychose. Grivois est intéressant au sens où l'on a beaucoup cherché de causes à la psychose, mais l'on n'a pas assez accordé de sens à la période qui précède son déclenchement, au cours de laquelle le discours du patient est considéré comme incohérent, faisant du psychiatre un « incohérentiste » ([10], p. 52). Ce néologisme forgé par Grivois signifie que lors de cette période initiale, il est facile de se réfugier derrière le caractère incohérent du discours du patient, pour ainsi éviter une implication personnelle plus approfondie et se contenter d'une approche pharmacologique. Grivois nous semble d'autant plus original car il s'inscrit en faux contre une thèse qui va de Jaspers à Ey qui déclare l'incompréhensibilité de la psychose. Jaspers dans sa *Psychopathologie générale*, puis Lagache théorisaient en effet une dichotomie entre les psychoses compréhensibles et les psychoses non compréhensibles. Il cite le *Traité des hallucinations* de Ey, pour lequel « on se heurte toujours dans le vrai délire à un mur [...] Là, où il y a un vrai délire la compréhension caractérogénique s'arrête, et là où on peut comprendre il

n'y a pas de délire » [11]. Cependant, cet effort de Grivois ne signifie pas la recherche d'une causalité. Mais, fidèle à son approche ancienne, celui-ci recherche une matrice commune repérable et qu'il travaille à isoler chez tous les patients. La morphogenèse de la psychose naissante se complète en un schéma plus précis dans lequel Grivois intercale entre le concernement et la centralité, une phase de polarisation interpersonnelle, mécanisme qui « démarre dans une solitude relative auprès des familiers ; elle se poursuit au travail, se répand partout, dans les couloirs, les escaliers, déborde dans la rue, les transports en commun. Née à travers le prisme de contacts inopinés, elle se déploie de façon imprévisible. Peu importent les cas particuliers, la promotion du patient se fait partout où se trouvent des gens. Parfois aussi, à l'inverse, elle est fulgurante et se généralise d'emblée. La séquence de polarisation passe alors inaperçue et se confond avec un second invariant de la psychose naissante, la centralité » [12]. Ainsi, il constate que les patients ne se sentent plus seuls « auteurs de leurs pensées, ils se vivent au centre de l'intérêt des hommes. "Indifférenciation" et "centralité", ces deux termes [...] sont les invariants subjectifs de la psychose naissante » ([10], p. 20). Enfin, Grivois montre que le psychotique naissant souffre d'une dérégulation de son ajustement mimétique aux gestes et intentions motrices des autres qui l'entourent. En effet, le mimétisme nous concerne tous dans nos relations aux autres. Seulement, tout en étant en relation mimétique, nous conservons notre individualité. En revanche, « dans la psychose, la présence mimétique des autres ne joue plus son rôle. Le mimétisme d'un seul s'emballé. Rien n'apparaît : c'est un adolescent comme un autre. Dès lors, c'est un enchaînement mais c'est seulement ensuite que cela se manifeste publiquement. Le mimétisme de ceux qui entourent cet homme n'est plus régulateur, il n'est plus, pour lui, que stimulation. Il n'a plus bientôt autour de lui que des semblables dont la présence l'aiguillonne » ([10], p. 130).

Évolution et abord thérapeutique

Si nous nous penchons sur le problème de la causalité, nous constatons que Grivois a quelque peu varié dans ses explications. Comment, dans la première version de son travail, au début des années 90, Grivois conçoit-il le mécanisme de causalité ? Il refuse tout déterminisme : « Le psychiatre à vrai dire ne baisse pas les bras mais il fait un détour. Il traque une cause, un responsable du côté de la mère réelle ou archaïque, du gène, de la molécule, de la famille, d'un signifiant paternel, etc. Ces éléments sont invoqués tour à tour mais à ce stade ils sont impalpables ou absents » ([8], p. 76-77). Ainsi, il récuse la notion de vulnérabilité, qu'elle soit génétique, statistique, moléculaire ou psychanalytique. Cependant, il met l'accent sur des facteurs déclenchants qui auraient pour dénominateur commun une expérience brutale

de séparation, comme c'est le cas lors d'une rupture amoureuse, de voyages ou d'une conscription. Les adolescents sont alors soumis à des « situations presque expérimentales de perte brutale d'identité avec la difficulté de se retrouver dans un cadre qui a brutalement changé » ([7], p. 17).

En outre, même si parfois le rêve, ou l'intoxication massive au cannabis conduisent à des sentiments de centralité, Grivois en reste à une conception a-théorique de la psychose naissante avec absence de causalité relative au mécanisme de centralité. Il l'affirme sans ambiguïté : « ce qui est spécifique à la centralité de la psychose naissante est l'absence de ces causalités individuelles discernables ou leur trivialité ». ([13], p. 355). Il soutient que les causes de la psychose naissante relèvent de circonstances anecdotiques. Affirmation qu'il confirme en termes très clairs : « Ce qui est spécifique de la centralité de la psychose naissante est l'absence de ces causalités individuelles discernables » ([13], p. 354-355).

Comment, dès lors, envisager l'étiologie de la psychose naissante ? Grivois récuse le clivage entre le mécanisme biologique et le mécanisme psychologique pour souligner que le facteur génétique « ne suffit pas à expliquer la survenue de l'affection. On parlera donc d'une prédisposition ou d'une susceptibilité à développer la maladie, mais pas encore de causalité » ([9], p. 78)].

Lorsqu'il assimile la psychose naissante à un premier épisode psychotique ou à une schizophrénie débutante et dans sa dernière période de théorisation, son approche redevient plus classique puisqu'il pense qu'il existe des circonstances favorisantes, biologiques, psychologiques et sociales. Grivois trouve dans le modèle stress-vulnérabilité une approche multifactorielle, qui lui donne satisfaction. « Toute recherche de tendances à la psychose se déploie autour de notions majeures de risque et de vulnérabilité. Le risque élevé est une probabilité statistique d'apparition de la maladie augmentée par l'appartenance à un certain groupe d'individus, par exemple une fratrie recelant un sujet schizophrène. La vulnérabilité comporte des traits s'exprimant par des modifications susceptibles voire mesurables et existant déjà, avant même le début des symptômes de la psychose. Une partie seulement des sujets à risque manifeste des traits de vulnérabilité. Cette dernière est considérée comme une condition nécessaire mais non suffisante pour que se développe la schizophrénie ». ([9], p. 107). Avec cette remarque, Grivois se place dans le sillage de la Conférence de consensus sur les schizophrénies débutantes de 2003, dans laquelle les intervenants affirment « qu'un vaste consensus existe pour dire que la schizophrénie résulte d'interactions complexes entre vulnérabilité génétique et facteurs de risques environnementaux ; par ceux-ci on entend les facteurs de risque biologique, psychologiques et sociaux » [14]. Peut-être se fourvoie-t-il ? En effet, autant il semble légitime de considérer un tronc symptomatique commun à l'origine de la

psychose, autant il semble abusif d'en référer par analogie une cause commune à savoir les situations de perte d'identité. Qu'en est-il maintenant du stress, l'autre versant du couple stress-vulnérabilité ? Le stress a été décrit dans les années 30, par Selye pour désigner une réaction de l'organisme, appelée syndrome général d'adaptation. Il s'agit d'une réaction biologique non spécifique, provoquée par des agents pas seulement déplaisants, mais aussi agréables, comme l'amour, la joie, la colère, la haine, le défi ou la peur.

Tout l'intérêt du concept de psychose naissante est thérapeutique. En effet, pour Grivois il importe d'empêcher une évolution péjorative, c'est-à-dire une éclosion délirante. Ainsi, il s'inscrit en faux contre les théories psychanalytiques du délire. Pour éviter une issue défavorable, Grivois s'efforce de traiter le plus précocement possible. Il a ainsi théorisé et insisté sur une idée sur laquelle tous les psychiatres mettent actuellement l'accent, à savoir le raccourcissement maximum de la psychose non traitée (DUP), comme l'a particulièrement bien développé Philippe Conus [15-17]. Comment l'auteur de la psychose naissante y parvient-il ? Il préconise d'agir le plus tôt possible, lesté de toute idée préconçue pour ne pas céder à la facilité de classer d'emblée les propos du patient dans la catégorie de l'incohérence. Pour cela, il faut maîtriser la dimension contre-transférentielle de son approche qui peut se manifester devant un patient aux propos décousus, susceptible d'un passage à l'acte hétéro-agressif. Si Grivois ne sous-estime pas l'intérêt d'une approche chimiothérapique, il pense néanmoins qu'elle n'est pas une fin en soi et n'épuise pas l'abord thérapeutique. Au contraire, il centre ses efforts sur un dialogue avec le patient et multiplie les entretiens dans la journée car « dans la psychose naissante, les soins représentent une *urgence* absolue au même titre que les premières heures d'une thrombose coronarienne [...]. L'issue de ce premier épisode, véritable primo-infection psychotique est déterminante pour tout l'avenir du patient » [18]. Malgré tout, l'évolution n'est pas toujours aussi favorable. Malgré son optimisme, Grivois reste réaliste et la restauration *ad integrum* demeure un objectif pas toujours réalisable. C'est le constat que fait Grivois à propos du devenir du psychotique naissant : « Cet homme après quelques jours d'hospitalisation, de sommeil, de chimiothérapie, va s'orienter vers une des psychoses nosographiques connues. Il peut aussi bien retrouver le lien antérieur avec les autres et sortir indemne de cette psychose naissante, mais abasourdi et déprimé. Le plus souvent il ne s'en sort que partiellement ; ne prenant aucune distance avec l'expérience centrale, il s'épuise et se dissocie » ([5], p. 852)]. Pour conclure ce chapitre sur la thérapeutique, on peut dire que deux pivots structurent la prise en charge. Premièrement, Grivois préconise d'agir le plus rapidement possible, ce qu'il est en possibilité de faire, lui qui exerce à l'Hôtel-Dieu à Paris, place privilégiée pour accueillir les patients dès leur arrivée,

accompagnés soit par les pompiers ou les forces de l'ordre. Ainsi, il s'efforce de mettre en place des entretiens initiaux le plus tôt possible après l'arrivée du patient. En effet, « si on retarde ces premiers contacts, les patients, sortant de leur effervescence initiale, s'efforcent de rendre compte de la situation en donnant seuls un sens à leur expérience » ([10], p. 25)]. Deuxièmement, Grivois s'attache à promouvoir une attitude éducative visant à libérer le patient des interprétations qu'il élabore pendant la phase de centralité, sachant que cette dernière comporte comme caractéristique essentielle une instabilité affective et cognitive : « C'est peut-être le point le plus important et la seule nouveauté de notre approche que le respect de la centralité comme événement vécu, comme expérience actuelle n'ayant aucun des statuts pathologiques connus du délire et de l'hallucination. Il dit, ne l'oublions pas, quelque chose d'incroyable et d'extraordinaire que nous ne pouvons lui renvoyer dans nos catégories triviales, quelle que soit la force évocatrice du vocabulaire utilisé » [19].

Discussion

La réflexion de Grivois sur la psychose naissante nous interpelle en tant que cliniciens car elle met l'accent sur la nécessité d'instaurer au plus vite une thérapie double, tant chimiothérapique que psychothérapique. À cet égard, il emploie le terme de réanimation qui fait référence à un modèle organiciste, terme dû peut-être à l'influence de ses conditions de travail en CHU. Sa démarche cherche à mettre en évidence le trouble générateur de la psychose par l'individualisation d'un tronc commun initial dont la schizophrénie, la paranoïa et l'hébéphrénie formeraient les différentes formes cliniques. Nous reconnaissons là un thème récurrent, celui de la monopsychose, qui traverse toute l'histoire de la psychiatrie depuis Griesinger (1817-1868). Aborder cette question nous entraînerait dans de longs développements qui n'ont pas leur place dans les limites de cet article. En revanche, la notion de stress que Grivois accepte comme étiopathogénique, du moins dans une partie de son œuvre, prête à discussion. En effet, dans l'acception de Selye, le terme signifie une réaction stéréotypée de l'organisme qualifiée de syndrome d'adaptation. Pour rendre compte de cette réaction, Selye invoque une plurivocité de causes, agréables ou désagréables : la joie, l'amour, la haine, le défi et la peur. On constate aisément que l'extension du concept de stress brouille sa compréhension. Il devient un concept valise utilisé tant dans le langage courant que scientifique. Dès lors, son implication dans le déclenchement de la psychose est très discutable. La vulnérabilité serait-elle un autre poncif, dont Bonnot et Mazet dans leur recension sur l'histoire et l'usage de ce terme nous disent que « depuis une dizaine d'années, la notion de vulnérabilité a pris insidieusement l'allure d'un véritable modèle

de compréhension des troubles dans le cadre d'une théorie neurodéveloppementale liée aux récents progrès dans le champ des neurosciences » [20]. De plus, les recherches actuelles s'orientent vers la recherche de marqueurs de vulnérabilité qu'ils pensent repérer dans des signes neurologiques mineurs. La vulnérabilité peut-elle être retenue comme facteur favorisant la schizophrénie ? Accepter cette assertion revient à se contenter d'un raccourci par trop rapide. En effet, la vulnérabilité, même si en première approche elle semble n'appartenir qu'au malade, elle concerne aussi le soignant. Ainsi, si l'on suit Paul Ricoeur [21], on peut dire que le soignant est vulnérable du fait de sa confrontation à la souffrance du patient. La vulnérabilité ne peut donc être érigée en mécanisme génétique explicatif. Ou alors, si l'on veut absolument incriminer une composante, nous dirions pour notre part que la vulnérabilité est sise au plus profond de chacun de nous, elle est notre être au-monde.

Conclusion

L'intérêt que représente l'effort de remettre la psychose naissante au centre de la discussion actuelle n'est pas purement anecdotique et livresque. En effet, Grivois a innové en proposant une morphogénèse des troubles. À cet effet, il a recentré son analyse sur la clinique car ce qui compte à ses yeux c'est la compréhension de cet homme et de cette femme en proie au désarroi et à l'expérience difficilement verbalisable du concernement.

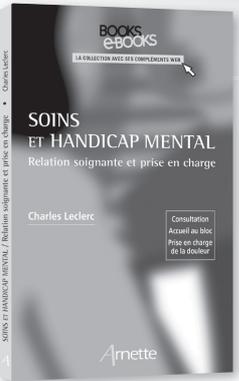
Son approche syndromique nous paraît hautement louable à une époque où le DSM 5 prône l'isolation des symptômes pour éventuellement rechercher pour chacun d'entre eux une étiologie cognitive. La psychose naissante n'a pas fait d'émules parmi les psychiatres. Cela peut être attribué à une clinique difficile à différencier ne serait-ce qu'en raison du fait que les limites entre le concernement et le délire sont très ténues. Néanmoins, malgré ces remarques personne ne peut contester à Grivois le mérite d'avoir, dès le début des années 90, tenté de discerner des signes précurseurs de psychose et proposé une thérapie adaptée.

Liens d'intérêt L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêt en rapport avec cet article.

Références

1. Parisot S. « Les psychoses émergentes » : pari, promesse, projet. *L'Information psychiatrique* 2009 ; 85 : 401-3.
2. Mignot T, Bazille MT, Bernardin F, Schwan R, Laprevote V. Le centre de liaison et d'intervention précoce (CLIP) : l'exemple nancéien d'un partenariat avec la Maison des adolescents dans la prise en charge précoce des psychoses émergentes. *L'Information psychiatrique* 2018 ; 94 : 520-6.
3. Grivois H. *La psychiatrie des urgences*. Paris : Robert Laffont, 1978.

4. Grivois H. *Grandeur de la folie. Itinéraire d'un psychiatre iconoclaste*. Paris : Robert Laffont, 2012.
5. Grivois H. Psychose naissante. *Expérience centrale et reconstruction du lien*. *L'Information psychiatrique* 1990 ; 66 : 849-55.
6. Starobinski J. *La Transparence et l'obstacle*. Paris : Gallimard, 1971. Coll. « Tel ».
7. Grivois H. *Urgence folie, Entretiens avec Marie-Odile Monchicourt*. Paris : Les Empêcheurs de penser en rond, 1997.
8. Grivois H. *Naître à la folie*. Paris : Les Empêcheurs de penser en rond, 1992.
9. Grivois H, Grosso L. *La schizophrénie débutante*. Montrouge : John Libbey Eurotext, 1998.
10. Grivois H. *Parler avec les fous*. Paris : Les Empêcheurs de penser en rond, 2007.
11. Ey H. *Traité des hallucinations*. Paris : Masson, 1973.
12. Grivois H. *Tu ne seras pas schizophrène*. Paris : Les Empêcheurs de penser en rond, 2001.
13. Grivois H. Entrer en psychose. *L'Évolution psychiatrique* 1997 ; 62 : 349-56.
14. Marie-Cardine M (dir.). *Schizophrénies débutantes*. Conférence de consensus, 23-24 janvier 2003. Montrouge : John Libbey Eurotext, 2003 : 403-30.
15. Conus P, Polari A, Bonsack C. Intervention dans la phase précoce des troubles psychotiques : objectifs et organisation du programme TIPP (traitement et intervention dans la phase précoce des psychoses) à Lausanne. *L'Information psychiatrique* 2010 ; 86 : 145-51.
16. Conus P. « La continuité dans la prise en charge de la psychose débutante : l'indispensable fil rouge ». In : Sassolas M. *Défense de la clinique en psychiatrie*. Paris : Érès, Santé mentale, 2014.
17. Conus P. Intervention précoce dans les troubles psychotiques : faut-il encore douter ? *L'Information psychiatrique* 2017 ; 93 : 775-6.
18. Grivois H. *Le fou et le mouvement du monde*. Paris : Grasset, 1995.
19. Grivois H. « De l'individuel à l'universel : la centralité psychotique ». In : Grivois H, Dupuy JP. *Mécanisme mentaux, mécanismes sociaux ; de la psychose à la panique*. Paris : La Découverte 1995.
20. Bonnot O, Mazet P. Vulnérabilité aux schizophrénies. Revue de la littérature et applications cliniques. *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* 2006 ; 54 : 92-100.
21. Ricœur P. *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil, 1990.



Dr Charles Leclerc
Médecin anesthésiste, Service de chirurgie et d'anesthésie ambulatoire, Fondation de la Miséricorde, Caen.

Collection Books-e-Books
• Octobre 2018
• 12 x 20 cm • 128 pages
• ISBN : 978-2-7184-1509-3
• ~~19 €~~ 20 €

OFFRE RÉSERVÉE À NOS ABONNÉS
5% DE REMISE
+0,01€ DE LIVRAISON*

* France métropolitaine + Corse

SOINS ET HANDICAP MENTAL

Relation soignante et prise en charge

Ce guide très didactique, construit initialement à partir de la pratique anesthésique de son auteur, propose des « conduites à tenir » transposables à tous les domaines du soin, pour optimiser la prise en charge du patient handicapé mental, la relation soignant-soigné et la qualité des soins.

Également disponible en Ebook






En savoir +
sur www.jle.com

